



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE COLETIVA

THAÍSA PASSOS HUGUENIN

PEQUENAS E PERSISTENTES: uma análise do acesso às operadoras de planos de
saúde de pequeno porte na modalidade médico hospitalar

Rio de Janeiro
2019

THAÍSA PASSOS HUGUENIN

PEQUENAS E PERSISTENTES: uma análise do acesso às operadoras de planos de saúde de pequeno porte na modalidade médico hospitalar

Monografia apresentada ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Leyla Gomes Sancho

Rio de Janeiro

2019

FOLHA DE APROVAÇÃO

THAÍSA PASSOS HUGUENIN

PEQUENAS E PERSISTENTES: uma análise do acesso às operadoras de planos de saúde de pequeno porte na modalidade médico hospitalar

Monografia apresentada ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 25 de janeiro de 2019.

Prof^a. Dr^a. Leyla Gomes Sancho (Orientadora)
IESC – UFRJ

Dr^a. Tatiana de Macedo Nogueira Lima (Coorientadora)
ANS – Agencia Nacional de Saúde Suplementar

Prof^a. Dr^a. Miriam Ventura da Silva
IESC - UFRJ

Prof. Dr. Alexandre dos Santos Brito
IESC - UFRJ

Dedico esse trabalho às mulheres mais fortes e guerreiras da minha vida: Mônica Passos, Noélia Passos e Cláudia Nastari.

AGRADECIMENTOS

Feliz estou por não saber como agradecer.

Primeiramente, agradecer a Deus pelas inúmeras vezes a que recorri a Ele e fui amparada. Agradecer à minha família que acreditou e me apoiou sempre a estudar, mesmo com a minha ausência, pois a graduação vira uma nova família que te distancia, por vezes, do vínculo com a família biológica.

Agradecer a todos do IESC, pois chegar às 7 da manhã e ir embora as 20 horas e voltar no dia seguinte, é um vínculo entre professores, administração, diretoria e todos envolvidos em manter tudo em pé, para que eu e demais possamos estudar e nos preparar para o futuro.

Agradecer a toda minha equipe de vida, como Cláudia Nastari, Alexandre Hatum, Acyr Gonçalo, Joel Guelman, Sima Ferman, Mário Henrique Loureiro, Neder Haikal, Jaciara de Jesus, Patrícia Lobo e a toda equipe do HSVP que é minha segunda casa desde sempre.

Formei mais uma família que são os amigos da graduação, pois vivemos juntos por anos, quase que 24 horas, Eduardo Félix, Rebecca Lopes, Caroline Diniz, Luís Guilherme Buteri, Thaísa Verissimo, Kelly Cunha, Bianca de Pontes, Claudia Lima obrigada por tudo, principalmente, por me segurar e não me deixar cair e estar ao meu lado nos momentos mais difíceis da minha vida. Somos bananeiras! Obrigada a todos da ANS, toda equipe da CESME em especial para Leandro Reis Tavares, Márcio de Paula, Oswaldo Júnior, Carina Alves e Kátia Gomes. Agradeço o apoio incondicional de Leyla Sancho ao me orientar e me ajudar, também, a superar inúmeros desafios no meio desse trabalho. Tatiana Lima, minha Coorientadora, que sempre me incentiva apoia e me mostra que nada é impossível. Foi uma honra ter vocês nesse processo de mentoria.

Mamãe, Mônica Passos, me faltam adjetivos e advérbios de intensidade para expressar minha mais profunda e eterna gratidão. Você é minha maior fonte de força para transpor qualquer obstáculo. Amor é algo difícil de descrever, mas imperioso ao sentir. Te amo.

Uma lembrança em especial ao amigo e funcionário Marcelo Inácio Ferreira que tanto me ajudou em toda graduação.

Aos demais, mesmo não citados, meu muito obrigada. Todos em minha vida são fundamentais!

Não basta que o conhecimento favoreça a resignação, porque conhecimento implica em responsabilidade de viver. Viver, no sentido exato, é evoluir, e ninguém evoluirá sem esforço.

Richard Simonetti

RESUMO

HUGUENIN, Thaísa Passos. **Pequenas e persistentes**: uma análise do acesso às operadoras de planos de saúde de pequeno porte na modalidade médico hospitalar. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

O presente trabalho é resultado de uma pesquisa realizada durante estágio acadêmico na Agência Nacional de Saúde Suplementar. O mesmo analisou o acesso dos beneficiários das OPS de pequeno porte aos serviços de saúde nas seguintes vertentes: DCNT, pacientes crônicos, população economicamente ativa, população idosa, crianças entre zero e dez anos e procedimentos de alto custo a fim de verificar o acesso dos beneficiários e analisar se as OPS de pequeno porte ofertam o atendimento preconizado pela ANS – MS em cenários diversos. A metodologia utilizada associou a apuração de indicadores a uma revisão sistematizada da literatura. Os principais achados sugerem que a população atendida pelas OPS de pequeno porte possui atenção adequada nas principais demandas de saúde da população conseguindo alcançar as metas preconizadas pelo MS, na maioria dos casos. Quando comparadas as OPS de grande porte percebe-se que ambas assumem valores acima das metas do MS não havendo diferenças significativas.

Descritores: Saúde suplementar. Planos de saúde. Acesso aos cuidados de saúde. Acesso aos serviços de saúde.

.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de internações em pacientes com patologia renal.....	15
Tabela 2 - Problemas comuns na infância	18
Tabela 3 - Fonte e dados utilizados na pesquisa	25
Tabela 4 - Resultados da revisão bibliográfica.....	29
Tabela 5 - Trabalhos selecionados após revisão bibliográfica	30
Tabela 6 - Beneficiários das OPS por porte e região	32
Tabela 7 - Beneficiários das OPS segundo sexo e idade	32
Tabela 8 - Análise do IDSS nas OPS de pequeno porte.....	33
Tabela 9 - Análise do IDSS nas OPS de pequeno porte.....	34
Tabela 10 - Resultados SIP 2014 – OPS grande porte.....	35
Tabela 11 - Resultados SIP 2014 – OPS pequeno porte	35

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Etapas sequenciais da revisão bibliográfica	24
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CASSI	Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil
CESME	Coordenação de Estudos de Mercado
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DIOPE	Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras
FIOTEC	Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde
IDSS	Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
IESC	Instituto de Estudos em Saúde Coletiva
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
PRISMA	Principais Itens para Relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises
SIB	Sistema de Informações de Beneficiários
SIP	Sistema de Informações de Produtos
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
SS	Saúde Suplementar
OPS	Operadoras de Planos de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 INTRODUÇÃO	13
1.1 SAÚDE SUPLEMENTAR E ANS	13
1.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS – DCNT	14
1.3 PACIENTES DE ALTO CUSTO	15
1.4 SAÚDE DO IDOSO	16
1.5 SAÚDE DA POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA – PEA.....	16
1.6 ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA	17
1.7 ACESSO	18
2 JUSTIFICATIVA.....	21
2.1 HIPÓTESE	22
2.2 OBEJETIVO GERAL	22
2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
3 METODOLOGIA	24
4 RESULTADO E DISCUSSÃO	29
5 CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS.....	39
ANEXO	44
ANEXO A – OFICIO ANS-DIOPE	45

APRESENTAÇÃO

A Saúde Suplementar é constituída por – OPS's – Operadoras de Planos de Saúde, prestador de serviços de saúde, usuário e a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, que regula a assistência ofertada pela OPS. De forma concisa, a regulação é um conjunto de normas, fiscalização e controle efetuados por órgãos governamentais com finalidade de proteger o interesse público (ANS, 2017).

A Saúde Suplementar tem como eixos norteadores a Lei nº 9.656 de 1998, que estabelece as normas e diretrizes para o funcionamento das operadoras de planos de saúde e a Lei nº 9.961 de 2000 que homologa a existência da – ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar de caráter regulatório.

Desde o início da graduação em Saúde Coletiva, mais especificamente no segundo período, direcionei minhas pesquisas no campo da Saúde Suplementar e a partir dessa afinidade com o tema e minhas experiências acadêmicas, bem como o estágio na ANS trago essa pesquisa como Monografia de Conclusão de Curso.

Quando fui admitida na ANS, em 2015, na condição de estagiária alocada na Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras (DIOPE) – realizei inúmeros trabalhos e foi possível conhecer as diversas demandas, atividades e atribuições da ANS. No entanto, a área na qual eu mantive as minhas atividades mais intensas foi na CESME – Coordenação de Estudos de Mercado.

A fim de esclarecer um pouco mais, a CESME possui um grupo de estatísticos, contadores e economistas que acompanham os indicadores econômicos- financeiros das OPS. Os mesmos produzem novas ferramentas para a análise do mercado das OPS, intervêm quando necessário a fim de garantir um bom desempenho econômico das OPS e desenvolvem os anuários, cartilhas e demais instrumentos de consulta pública.

Minha primeira tarefa, na CESME, foi analisar as Operadoras de Planos de Saúde na modalidade médico hospitalar de pequeno porte – menos de 20.000 beneficiários -, com o objetivo de investigar como estava a adequação dessas OPS diante das exigências econômicas da ANS.

Minha experiência na CESME foi uma relação de intensas trocas, pois enquanto as visões do grupo, na CESME eram prioritariamente econômicas, minhas visões eram bastantes biologicistas e assistenciais. Acredito que o aprendizado

nunca acaba e sempre estaremos dispostos a fomentar essa troca de conhecimentos e experiências.

Devo ressaltar que não há nenhum conflito de interesses no trabalho desenvolvido durante meu estágio e sua devida apresentação como monografia.

1 INTRODUÇÃO

Acesso deve ser interpretado como uma das bases da qualidade na atenção à saúde, no entanto, analisar somente esse atributo não mostra a real complexidade dos programas e serviços de saúde. Para se ter uma melhor perspectiva da qualidade da atenção dos cuidados de saúde, devemos considerar outros atributos como a continuidade dos cuidados e o relacionamento dos profissionais e usuários nos serviços de saúde, por exemplo (SAMICO, 2010).

1.1 SAÚDE SUPLEMENTAR E ANS

A história da saúde suplementar se inicia em 1923 com a Lei Eloy Chaves que criou uma caixa de aposentadorias e pensões para os trabalhadores das ferrovias. Funcionários e empregadores contribuíam com esse fundo que serviria para aposentadorias e pensões, como o próprio nome já diz, mas também para auxílio a tratamentos de saúde (ANS, 2018a).

Em 1944, foi criado o primeiro plano de saúde no modelo autogestão pelo Banco do Brasil, a Caixa de Aposentadoria e Pensão - CASSI, o plano mais antigo no Brasil ainda em atividade na modalidade de grande porte (ANS, 2018a).

Na década de 60 já havia em funcionamento os planos de saúde de cooperativa médica no ABC paulista, principalmente, e medicina de grupo. Estas estimulam massivamente o mercado empresarial no setor (ANS, 2018a).

Para se compreender a importância desse setor no Brasil é importante frisar que na década de 80 havia, aproximadamente, 15 milhões de beneficiários e hoje, segundo ANS, esse número ultrapassa os 45 milhões (ANS, 2018a). A partir desse desenvolvimento acelerado das OPSs foi necessário pensar acerca de legislações específicas (ANS, 2018a).

Segundo Bahia (2002), havia-se um consenso na década de 90 sobre a necessidade da criação de uma regulação desse mercado. No entanto, havia-se muitas divergências sobre até onde iriam os limites dessa intervenção. Em 1998 é promulgada a Lei nº 9.656 que estabelece as primeiras diretrizes da regulação das OPSs. Tal legislação atribui as obrigações e direitos das OPSs, dos prestadores de serviços de saúde e dos beneficiários.

Segundo ANS 2018, em 2000 através da promulgação da Lei nº 9.961 é criada, oficialmente, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS com caráter regulatório. Até então as OPSs não tinham um padrão de funcionamento no setor econômico. A Superintendência de Seguros Privados – SUSEP era o setor responsável na época por cuidar das seguradoras de assistência à saúde, no que tange o controle econômico apenas (ANS, 2018a).

É importante ressaltar que a ANS é criada a partir do Ministério da Saúde - MS sendo uma agência reguladora que atua concomitantemente ao SUS.

A saúde suplementar passou a conviver com o sistema público, consolidado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nascido a partir da Constituição Federal de 1988. Com o SUS, a saúde foi legitimada como um direito da cidadania, assumindo status de bem público. (ANS, 2018, p. 1).

1.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS – DCNT

Segundo a cartilha Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil em 2011, as doenças crônicas não transmissíveis se configuram como o problema de saúde com maior impacto na sociedade e são responsáveis por 72% dos óbitos no país. As DCNTs são compostas por doenças cardiovasculares, respiratórias, diabetes e câncer, principalmente (BRASIL, 2011).

A OMS destaca que diversas populações em diferentes países do mundo têm dificuldade de acesso e utilização dos serviços de saúde, o que constitui a principal barreira para enfrentar as DCNT, em especial para minimizar o sofrimento dos que já se encontram doentes. (MALTA *et al.*, 2017a, p. 2).

Esse grupo de doenças, apesar de crônicas, possuem controle através de tratamento e mudanças nos hábitos de vida como alimentação, atividade física, uso de álcool, uso de tabaco e, para os casos de câncer, o diagnóstico precoce é o principal aliado na recuperação, muitas vezes, completa na saúde do paciente com impacto significativo na redução de mortalidade e qualidade de vida (BRASIL, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) são doenças que requerem tratamentos ao longo de toda a vida do paciente, mas não lhe torna incapacitante quando bem acompanhado pela equipe transdisciplinar. Esse grupo de doenças além de sua importância epidemiológica nos mostra como as OPSs de pequeno porte enfrentam essas patologias que demandam atenção constante, mesmo que de baixa densidade tecnológica (PORTELA, 2008).

1.3 PACIENTES DE ALTO CUSTO

Os pacientes renais se configuram como pacientes de alto custo, uma vez que, em sua maioria, necessitam por tempo indeterminado ou muitas vezes até o óbito de procedimentos de hemodiálise. Esse perfil de tratamento crônico, com terapia invasiva é oneroso para as OPSs e a partir desse grupo de pacientes é que será analisado o acesso às terapias de alto custo nas OPSs de pequeno porte (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2018).

Nas internações por tratamento de intercorrência em paciente renal crônico sob tratamento dialítico, tratamento de insuficiência renal aguda, tratamento de insuficiência renal crônica no período de 2012 a 2016 houve um total de 440.704 internações, conforme tabela abaixo (BRASIL, 2018).

Tabela 1 - Número de internações em pacientes com patologia renal

Ano processamento	Total
2012	81.974
2013	85.367
2014	87.969
2015	91.476
2016	93.918
Total	440.704

Fonte: DATASUS, 2018.

1.4 SAÚDE DO IDOSO

As DCNTs já apresentadas neste trabalho também afetam a população idosa. No entanto, para aferir na pesquisa como estava o acesso ao idoso em tratamentos mais prevalentes nessa população, resolvemos analisar as ocorrências de fratura de fêmur na população acima de 60 anos (VERAS, 2011).

As condições de saúde dessa população tornam essa demanda de saúde bastante recorrente nos serviços de saúde, e verificar se os idosos conseguem resolver essa demanda de saúde nas OPSs nos mostra mais claramente a atenção a esse grupo específico (BRASIL, 2010).

A fratura de fêmur em idosos quase sempre depende de cirurgia com implantação de prótese para correção da fratura. Este evento torna-se oneroso devido as suas particularidades, mas não se configura como uma patologia crônica, pois o idoso após reabilitação recebe alta e consegue voltar as suas atividades e viver uma vida com qualidade (BORTOLON, 2011).

A natureza dos problemas médico-sociais dos idosos tem características específicas que acentuam a importância de trabalhá-los, cuidadosa e sistematicamente. [...] uma pessoa idosa que sofra um acidente vascular-cerebral, ou tenha diabetes, ou seja hipertensa, permanecerá na comunidade, requerendo cuidados de saúde, não por dias ou semanas, mas sim, por anos. (KALACHE, 1987, p. 219).

1.5 SAÚDE DA POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA – PEA

Pouco conteúdo foi encontrado sobre a saúde da população economicamente ativa, no entanto as demandas dessa população se misturam, em parte, com as DCNTs.

As ações de saúde nessa população, além de prevenir e tratar agravos o mais cedo possível, deve atuar na promoção de saúde, diminuindo os fatores de risco relacionados a nutrição, sedentarismo, idade, genética e hábitos como uso de álcool, tabaco, drogas e atividade sexual. Sendo essa população a que mais agrega na economia do país e logo em seguida se encontrará na fase idosa (GARCIA, 2014).

De acordo com o DATASUS (2018), entre 2012 e 2016 o número de óbitos na população com faixa etária entre 20 a 59 anos por doenças infecciosas e

parasitárias, neoplasias, distúrbios endocrinológicos, distúrbios nutricionais, doenças do aparelho circulatório e doenças do aparelho respiratório foi de 1.081.378. O número de óbitos aumenta à medida que aumenta a faixa etária (BRASIL, 2018).

Alguns programas foram criados pelo MS a fim de prevenir e tratar o mais prontamente possível, as doenças como câncer de próstata, através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que ainda possui muitos tabus diante da mentalidade masculina (GARCIA, 2014).

Segundo Baumgarte *et al.*, (2016) os estudos evidenciaram que as maiores prevalências de fatores de risco estão relacionadas à tríade alimentação, sedentarismo e tabaco. O abuso de álcool é preocupante nessa população segundo o mesmo estudo.

1.6 ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

A atenção à saúde da criança tem como pilares estruturantes o acompanhamento da saúde física, emocional, desenvolvimento social, prevenção, diagnóstico precoce e atenção a agravos (PAIM, 2014).

O acompanhamento da criança desde a fase neonatal é imprescindível para se ter adolescentes e adultos saudáveis. As políticas de incentivo ao aleitamento materno, a atenção transdisciplinar nos primeiros dez anos de vida e a as campanhas de imunização reduz riscos de morbidade e mortalidade infantil (BRASIL, 2015).

A assistência prestada deve ser integrada e transdisciplinar, aferindo o crescimento, analisando fatores de risco ao nascer e ao longo da vida da criança. É de suma importância que a assistência à saúde da criança estimule o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e intervenha quando necessário nos casos em que o aleitamento materno não consegue ser possível (BRASIL, 2015).

Tabela 2 - Problemas comuns na infância

1. Anemia na infância
2. Bronquiolite viral aguda
3. Cirurgias Pediátricas frequentes
4. Conjuntivites e Traumas Oculares
5. Constipação Intestinal Idiopática
6. Diarréia Aguda e Terapia de Reidratação Oral
7. Edema
8. Epilepsias
9. Febre de origem incerta
10. Gengivoestomatites
11. Hipotireoidismo
12. Infecção Urinária
13. Insuficiência respiratória
14. Infecções de vias Aéreas Superiores
15. Síndrome do lactente sibilante
16. Meningites Bacterianas
17. Neuropediatria - Enfermidades mais comuns
18. Parasitoses Intestinais mais frequentes na criança
19. Pneumonias Agudas
20. Pele - Doenças mais frequentes
21. Refluxo Gastroesofágico
22. Tosse Crônica
23. UTI Pediátrica - Indicações de Internação

Fonte: BRASIL, 2015 Manual de Acompanhamento da Criança.

1.7 ACESSO

O acesso dos beneficiários aos serviços de saúde, desde prevenção até tratamento de agravos e sequelas, é uma das variáveis mais importantes para se analisar o comportamento das OPSs. Independente do tamanho da OPS que se pretende analisar o acesso, pode ser considerado o “resultado final” de todos os

demais esforços para que a assistência seja devidamente ofertada, como é preconizado pela ANS-MS. Este se caracteriza como uma variável que qualifica o sistema (MALTA, 2017b).

Ao estudarmos a relação entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços, na verdade, estamos analisando o fulcro do maior objetivo desejado pelo cliente ao subscrever um plano de saúde: a segurança de ter acesso aos serviços de saúde. Portanto, o plano de saúde é meio e o serviço de saúde é fim. (SILVA, 2003, p. 2).

Segundo dicionário Aurélio (FERREIRA, 2008), a definição de acesso na língua portuguesa, é o ingresso, passagem, impulso, ímpeto ou comunicação. Na Constituição Federal de 1988 no artigo nº 196 temos que a saúde é direito de todos os cidadãos e dever do Estado a qual deverá ser garantida, segundo políticas que vislumbrem reduzir riscos e agravos à saúde. Segundo o artigo 196, o acesso aos serviços de saúde deve ser universal e igualitário, a fim de garantir a promoção, proteção e recuperação da saúde.

No entanto, vale ressaltar, que o acesso não é a garantia de atenção e não se consegue estimar a qualidade, efetividade, eficiência e eficácia da atenção prestada somente através do acesso (MALTA, 2017).

Segundo Samico (2010), acesso é a transposição de barreiras a fim de desfrutar de serviços. O autor, também aborda o acesso como a relação entre os recursos dos usuários e as barreiras impostas pela rede prestadora, no que tange a qualidade como um dos pilares dos serviços de saúde.

Para Ocké-Reis (2012), a reforma sanitária que determinou a saúde como um direito do cidadão firma o propósito de instaurar programas de saúde que garantam o acesso de grupos vulneráveis a fim de reduzir as desigualdades sem introduzir controle. O Estado luta, ainda, contra as dificuldades crescentes para garantir acesso universal de atenção à saúde.

Na Saúde Suplementar, o acesso aos serviços de saúde se dá através da rede prestadora de serviços de saúde conveniada à uma OPS. Segundo a ANS o acesso aos serviços de saúde é regulado dando a possibilidade da OPS gerir a demanda ou a utilização dos serviços prestados (ANS, 2017).

As operadoras de planos de saúde devem submeter à ANS os mecanismos de regulação que aplicam e não podem restringir, dificultar ou impedir qualquer tipo de atendimento ou procedimento que constar no contrato. (ANS, 2017, p. 1).

As OPSs, como estratégia de controlar o acesso, solicitam dos prestadores, autorização prévia para determinados procedimentos. Utiliza, também, a coparticipação e o referenciamento, que se trata de direcionar o atendimento ao beneficiário para a rede própria (ANS, 2017).

Diante do exposto é importante ressaltar que acesso não está relacionado a garantia de cuidado e não é ilimitado, sendo necessária a transposição de barreiras para seu alcance. Existe a dificuldades em achar serviços credenciados em regiões distantes das capitais o que se configura como barreira geográfica e as negativas de cobertura das OPSs que seriam barreiras burocráticas (SAMICO, 2010).

Nesse trabalho analisou-se o acesso aos serviços de saúde nas OPSs de pequeno porte em 2014 no território nacional através de parâmetros estabelecidos pela ANS a fim de analisar o acesso à atenção de grupos especiais como crianças, idosos, População Economicamente Ativa (PEA), Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e atendimentos de alto custo (Internações). A partir da análise dos dados disponíveis pela ANS foi possível analisar o acesso dos beneficiários aos serviços.

2 JUSTIFICATIVA

As OPSs de pequeno porte são responsáveis por aproximadamente três milhões de vidas, em 2014. No entanto, como mencionado anteriormente, os estudos sobre essas operadoras são escassos e para avançar é preciso conhecer o perfil das operadoras de pequeno porte, no que tange o perfil da carteira de beneficiário e distribuição espacial no território (ANS, 2018).

Segundo SIB – Sistema de Informações de Beneficiários para se ter uma dimensão do grupo de OPS que se estudou, foi necessário entender características básicas, como a distribuição de beneficiários das operadoras no interior e nas capitais que mostrou não ter diferença considerável por porte. No entanto, segundo o papel das operadoras de pequeno porte no interior tende a ser mais relevante do que nas capitais, sendo, em alguns mercados, as principais ofertantes de planos de saúde (ANDRADE, 2015).

Outro tipo de análise empreendida no trabalho foi avaliar os beneficiários por sexo e faixa etária. Tais questionamentos são fundamentais para se analisar o acesso segundo o perfil epidemiológico por sexo e idade. Outras variáveis que seriam relevantes nesse estudo, como escolaridade, renda, composição familiar etc. não se tem dados disponíveis nos bancos de dados do SIB.

Sendo o envelhecimento um dos fenômenos mais estudados no campo da saúde, um fator que reforça uma maior atenção nesse trabalho é a prevalência de idosos maior nas OPSs de pequeno porte ser quase o dobro quando comparadas as OPSs de grande porte. Isso é um sinal de alerta para programas de prevenção de quedas e DCNTs – Doenças Crônicas Não Transmissíveis, os dois grupos de agravos que mais causam mortes na população com 60 anos ou mais (CABRERA, 2007).

No presente trabalho, o acesso aos serviços de saúde nas OPSs de pequeno porte de modo a fornecer elementos para a tomada de decisões quanto à política para as operadoras de pequeno porte, definidas, em diversas resoluções da ANS, como aquelas com menos de 20.000 beneficiários (ANS, 2018b).

Estudar as OPSs de pequeno porte se torna um desafio, pois são poucos os estudos que analisam as atividades desse grupo. Estudiosos e pesquisadores do setor da saúde suplementar voltam suas pesquisas para as grandes OPSs, com mais de 100.000 beneficiários (MATOS, 2011).

2.1 HIPÓTESE

As OPSs de pequeno porte ofertam a seus beneficiários o acesso de maneira satisfatória, dentro do que é preconizado pela ANS, no que tange aos serviços de saúde, na modalidade médico hospitalar.

2.2 OBEJETIVO GERAL

O Objetivo deste estudo foi analisar o acesso das OPSs de pequeno porte em 2014. Bem como, comparar os resultados entre as OPSs de pequeno e grande porte no acesso aos serviços de saúde.

2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Revisão bibliográfica sobre o tema;
- (Utilizar as informações oriundas do Sistema de informação de Produtos – SIP, Sistema de informação de beneficiários – SIB e Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS para as seguintes análises);
 - Análise de beneficiários segundo região de acordo com (Sistema de Informação de Beneficiários – SIB);
 - Análise de beneficiários segundo sexo e faixa etária de acordo com Sistema de Informação de Beneficiários – SIB;
 - Análise do número de consultas por beneficiário entre zero e dez anos segundo Sistema de Informação de Produtos - SIP;
 - Análise de consultas medicas por beneficiário segundo Sistema de Informação de Produtos - SIP;
 - Análise das taxas de internação por fratura de fêmur em idosos segundo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS;
 - Análise de procedimento diagnóstico em citopatologia cérvico-vaginal oncológica em mulheres de 25 a 59 anos segundo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS;
 - Análise taxa de internação hospitalar segundo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS;

- Análise do número de hemodiálise aguda segundo Sistema de Informação de Produtos - SIP;
- Análise do número de hemodiálise crônica segundo Sistema de Informação de Produtos – SIP.

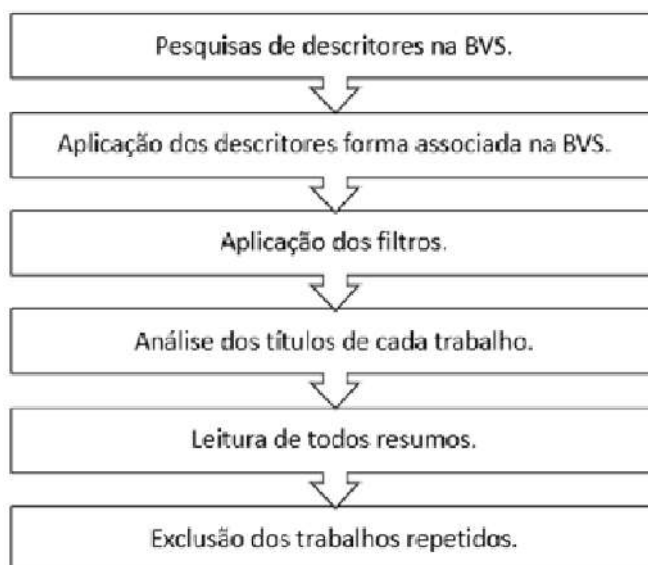
3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com caráter retrospectivo que relaciona o perfil dos beneficiários e o acesso aos serviços de saúde pelos beneficiários em 2014 nas OPSs de pequeno porte. O trabalho atribuído a CESME pela diretoria de analisar as operadoras de pequeno porte fez-se necessário estabelecer um modelo de comparação a fim de qualificar o acesso, assim utilizou-se as OPS de grande porte, no mesmo período, nesse estudo como modelo de comparação.

A primeira etapa da metodologia foi realizar uma revisão bibliográfica na plataforma da Biblioteca Virtual de Saúde - BVS com os descritores “saúde suplementar”, “planos de saúde”, “acesso aos cuidados de saúde” e “acesso aos serviços de saúde”. Aplicou-se como filtros, idioma português e texto completo para todos os anos disponíveis na plataforma.

Na análise dos títulos e leitura dos resumos foram escolhidas bibliografias que tratassem o acesso como umas vertentes do trabalho, quando o acesso não estava explícito como tema ou subtema do trabalho, foram analisados trabalhos que se relacionassem a outros eixos do trabalho como DCNT, idosos, tratamentos de alto custo, atenção primária e outros que então pudesse vir a subsidiar a pesquisa.

Figura 1 - Etapas sequenciais da revisão bibliográfica



Fonte: Elaboração própria

Utilizou-se para a construção deste estudo ferramentas já existentes na ANS, como anuários, Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS, Sistema de informação de Produtos – SIP, Sistema de informação de beneficiários – SIB. No entanto, houve a necessidade de olhar outros tipos de assistência para a qual a ANS não tinha dados prontos em suas publicações, com isso foram criados novos dados e indicadores (SICHE, 2007).

Os dados e indicadores criados para esse trabalho foram formulados à luz dos manuais da ANS intitulados “Risco Assistencial e Monitoramento Assistencial”, realizados pela Diretoria de Produtos – DIPRO.

Tabela 3 - Fonte e dados utilizados na pesquisa

FONTE	DADOS UTILIZADOS NA METODOLOGIA
SIB	Beneficiários segundo região
SIB	Beneficiários segundo sexo
SIB	Beneficiários segundo faixa etária
SIP	Consulta por beneficiário entre 0 - 10 anos*
SIP	Consulta por beneficiário entre anos 21 - 60 anos*
SIP	Consulta por beneficiário total
SIP	Número de hemodiálise em caráter agudo*
SIP	Número de hemodiálise em caráter crônico*
IDSS	Taxa de internação por fratura de fêmur em idosos
IDSS	Taxa de Citopatologia Cérvico Vaginal Oncótica em mulheres entre 25 - 59 A
IDSS	Taxa de internação hospitalar total

Os dados marcados com (*) foram os mesmos criados segundo os manuais da DIPRO.

Fonte: Elaboração própria.

Para análise e compreensão dos dados acima, optou-se por utilizar como critério a mediana por porte. Dessa forma foi possível vislumbrar os valores referentes aos indicadores que se apresentavam acima, abaixo ou próximos da mediana em cada porte diante dos parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde.

É importante se ter em mente o que é um indicador e o que é um parâmetro a fim de compreender melhor o estudo. Segundo o dicionário Aurélio (FERREIRA, 2008), indicador é aquele grupo de dados que indica, ou seja, dar a conhecer enquanto parâmetro é uma característica ou variável que serve de medida fixa para comparações.

[...] Para Mueller *et al.* (1997), um indicador pode ser um dado individual ou um agregado de informações, sendo que um bom indicador deve conter os seguintes atributos: simples de entender; quantificação estatística e lógica coerente; e comunicar eficientemente o estado do fenômeno observado. (RODRIGUES *et al.*, 2017, p. 139).

Segundo estudos relacionados a cobertura dos planos de saúde na população brasileira por Malta *et al.*, (2013), podemos dizer que um resultado de um determinado evento entre as OPSs possui valores brutos distintos, mas percentual relativamente parecido entende-se que para aquele evento ambos os portes apresentam oferta de acesso similar ou não quando os valores se dispersam muito entre os portes.

O SIP congrega informações sobre a quantidade de eventos ocorridos de diversos procedimentos assistenciais, a quantidade de beneficiários expostos àqueles eventos (beneficiários que já cumpriram os períodos de carência e condição pré-existente relacionados ao item assistencial). Os dados utilizados referem-se ao ano de 2014 (ANS, 2018b).

Os indicadores assistenciais utilizados foram escolhidos de forma a se realizar uma análise do acesso pelos beneficiários aos procedimentos cobertos, desde a realização de procedimentos preventivos até aqueles que sinalizam o atendimento adequado a grupos mais demandantes de atenção à saúde, como pacientes crônicos, idosos e crianças.

Para analisar o acesso aos serviços de saúde pelas OPSs de pequeno porte era necessário pensar nas várias necessidades diferentes de todos os tipos de beneficiários. Para isso buscou-se utilizar parâmetros que mostrassem como as OPSs de pequeno porte ofertam serviços de atenção básica, atenção à saúde da mulher, atenção ao idoso, atenção à saúde da criança, a atenção aos beneficiários com doença crônica e a atenção a eventos de alto custo, como internações.

- A citopatologia cérvico vaginal oncótica foi calculada para os beneficiários do sexo feminino entre 25 e 59 anos dividindo-se o número de exames realizados pelo número de mulheres na faixa etária compreendida; (ANS, 2018b)

- O número de consultas por beneficiário foi calculado dividindo-se o número total de consultas médicas ambulatoriais pelo total dos beneficiários da OPS;
- As internações por fratura de fêmur foram contabilizadas apenas para os beneficiários com faixa etária acima de 60 anos dividindo-se o número de internações por fratura de fêmur pelo total de indivíduos com 60 anos ou mais; (ANS, 2018b)
- A taxa de internações hospitalares foi calculada segundo a mediana do porte e depois analisado se as OPSs atingiam a meta preconizada pelo IDSS de maior ou igual a 70% da mediana; (ANS, 2018b)
- O número de consultas em clínica médica foi calculado para beneficiários com faixa etária entre 21 e 59 anos dividindo-se o número de consultas pelo número de beneficiários nessa idade;
- O número de consultas pediátricas foi calculado para beneficiários com faixa etária entre 0 e 10 anos dividindo-se o número de consultas pediátricas pelo número de beneficiários entre 0 e 10 anos;
- O número de hemodiálises em caráter agudo e crônico foi avaliado no total e suas respectivas percentagens.

A ANS não possuía indicadores prontos para a análise de atenção a saúde dos idosos, crianças e PEA, para isso a Coordenação de Estudos de Mercado – CESME, responsável pela nota técnica solicitada pela Diretoria de Operadoras - DIOPE precisou-se utilizar os dados de procedimento mais geral, disponibilizados pelo SIP, e assim construir indicadores mais específicos que se relacionassem ao atendimento de populações estudadas, como (consultas pediátricas) e à adoção de modelos assistenciais focados na promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos (consultas de clínica médica).

A atenção à pacientes com 60 anos ou mais é, também, um público em especial analisado nesse trabalho, tendo em vista que os resultados apresentados à frente demonstram que a população idosa é uma parcela significativa dentro das OPSs e demandam cuidados mais específicos e políticas de saúde bem peculiares. Para tal foram utilizados dados disponíveis pelo IDSS - Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (ANS, 2018b).

Após as etapas já elucidadas foi possível a comparação entre os resultados entre as OPSs de pequeno e grande porte. Verificou-se se havia diferenças

significativas entre as proporções de operadoras com indicadores adequados, acima ou abaixo da mediana, conforme o caso, ou maior que o parâmetro estabelecido pela ANS.

Essa comparação possibilitou verificar se, a partir dos indicadores utilizados pela CESME, constatam-se diferenças no acesso prestado aos beneficiários. Os resultados são apresentados na próxima seção.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

O trabalho, como já foi dito anteriormente, foi realizado no intuito de subsidiar a diretoria colegiada que necessitavam compreender a atenção à saúde ofertada pelas OPS aos seus beneficiários. Os resultados do estudo que a CESME produziu ajudaria a ANS pensar em novas estratégias nesse nicho, a fim de manter a atenção preconizada pela ANS aos usuários de planos de saúde estabelecidos através de portarias e resoluções normativas.

Um total de 306 estudos foi inicialmente encontrado na plataforma da Biblioteca Virtual de Saúde – BVS. Após todo o processo de revisão sistematizada da literatura, foram selecionados 60 estudos que preencheram os critérios estabelecidos. O quadro abaixo mostra as etapas de seleção realizada na BVS.

Tabela 4 - Resultados da revisão bibliográfica

DESCRIPTOR - BVS	TOTAL	POR TÍTULO	POR RESUMO
SAÚDE SUPLEMENTAR + ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	40	23	14
SAÚDE SUPLEMENTAR + ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE	35	15	15
PLANOS DE SAÚDE + ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	127	35	23
PLANOS DE SAÚDE + ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE	104	13	8
TOTAL	306	86	60

Fonte: Elaboração própria.

Os descritores utilizados na pesquisa são considerados similares pela BVS, sendo assim, muitos trabalhos se repetem ao longo da revisão bibliográfica. Após analisar detalhadamente os 60 trabalhos finais encontrados na seleção, foram encontrados 33 trabalhos repetidos. Ou seja, do total inicial de 306 trabalhos, apenas 27 foram selecionados na revisão bibliográfica. É imperioso dizer que não foram utilizadas as 27 referências ao longo deste trabalho, as referências utilizadas para compô-lo, encontram-se na seção condizente ao final do mesmo.

Tabela 5 - Trabalhos selecionados após revisão bibliográfica

TÍTULO	ANO
A satisfação do beneficiário da saúde suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade	2016
Reflexão bioética sobre o acesso à saúde suplementar no Brasil	2015
Padrões de utilização de atendimento médico-ambulatorial no Brasil entre usuários do Sistema Único de Saúde, da saúde suplementar e de serviços privados	2014
Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização	2014
A saúde suplementar em perspectiva bioética	2013
Estudo dos modelos assistenciais praticados por operadoras de planos privados de saúde	2011
Idosos com e sem plano de saúde no município de São Paulo: estudo longitudinal, 2000-2006	2011
Negativas de cobertura pelas operadoras de planos de saúde: análise das denúncias de beneficiários encaminhadas à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	2011
Transição tecnológica em uma operadora de plano de saúde: o olhar do usuário	2011
O acesso aos exames de alta complexidade nos planos de saúde privados na perspectiva dos usuários	2011
Utilização de serviços do Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos de saúde	2009
As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde	2008
Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil	2008
O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro	2008
Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil	2004
Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil	2013
Avaliação de operadoras de saúde por usuários pelo método Analytic Hierarchy Process.	2012
Avaliação da atenção às condições crônicas em idosos: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus como condições traçadoras	2011
Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo.	2008

O acesso aos serviços de saúde pelos idosos no Brasil com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) entre 1998 e 2008	2015
A relação entre estrutura ocupacional e acesso a plano de saúde no Brasil: uma análise para 1998 e 2003.	2012
O sistema de informação ambulatoriais como instrumento para a regionalização em saúde	2011
Acesso e regionalização em saúde: análise de um serviço ambulatorial de média complexidade	2009
A atenção à saúde da mulher e o mercado de planos privados de saúde: análise dos planos obstétricos no Brasil	2008
Pesquisa de condições de vida 2006: acesso aos serviços de saúde em áreas vulneráveis à pobreza	2008
Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar	2005
Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil	2002

Fonte: Elaboração própria.

Com o fim de se obter indicativos da assistência prestada pelas operadoras de pequeno e grande porte, utilizaram-se também dados provenientes do SIP e SIB. O envio de informações para esses sistemas é regulamentado pela RN 205/2009 e RN 295/2012, respectivamente. O SIP é composto por extenso conjunto de informações de quantidade de procedimentos realizados, dos valores pagos por procedimentos e dos beneficiários expostos. Cada operadora envia informações referentes às suas atividades, devendo, no caso dos procedimentos, discriminar as informações por estado onde foi realizado. O SIB é o sistema que as operadoras de planos privados de saúde utilizam para enviar, mensalmente, os dados de atualização cadastral de seus beneficiários (ANS, 2018b).

No momento do recebimento dos dados na ANS, são realizadas críticas que visam evitar o recebimento de informações inconsistentes. Os dados recebidos são utilizados pela Agência para avaliar o risco da operadora e seu desempenho, sendo a maior parte dos indicadores assistenciais componentes do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS calculados com dados do SIP e SIB. As informações pertinentes a essa observação são oriundas do SIP e SIB serão apresentadas ao longo dos resultados.

Foi necessário, também, olhar para as OPSs de pequeno e grande porte por região. A principal linha de raciocínio para essa análise é identificar possíveis

diferenças entre as regiões. Ao estudar o acesso aos serviços de saúde no Brasil é necessário levar em consideração as disparidades existentes entre as diferentes regiões. A tabela abaixo demonstra o número de beneficiários por porte e região.

Tabela 6 - Beneficiários das OPS por porte e região

REGIÃO	GRANDE PORTE	G.P %	PEQUENO PORTE	P.P %
NORTE	1.694.913,00	4,21	144.663,00	6,33
NORDESTE	6.193.605,00	15,40	371.479,00	9,94
CENTRO OESTE	2.405.594,00	5,98	247.236,00	6,62
SUDESTE	25.342.191,00	63,02	2.285.328,00	61,17
SUL	4.578.204,00	11,38	687.290,00	18,40
TOTAL	40.214.507,00	100,00	3.735.996,00	100,00

Fonte: SIB – ANS/MS, 2014.

As OPSs de pequeno e grande porte conseguem ter uma distribuição espacial dos seus beneficiários parecida. A única diferença, mínima, encontrada foi que o principal eixo de beneficiários nas OPSs de pequeno porte se dá entre sudeste e sul enquanto nas OPSs de grande porte temos o eixo principal entre sudeste e nordeste.

Com relação à distribuição dos mercados, conforme mencionado, há uma concentração de mercados na região Sudeste [...]. Por outro lado, o Nordeste é a região com maior número de municípios polarizados [...] A região Centro-Oeste apresenta o menor peso [...]. (ANDRADE *et al.*, 2015, p. 60).

Tabela 7 - Beneficiários das OPS segundo sexo e idade

DADOS	OPS Grande Porte	OSP Pequeno Porte
Quantidade OPS	84	517
Benef. total	40.214.507	3.735.996
Benef. Masculino.	19.025.451	1.703.948
Benef. Feminino	21.191.687	2.032.457
Benef. M %	47,31	45,60
Benef. F. %	52,69	54,40
Benef. 0 a 10 Anos	5.869.482	511.870
Benef. 0 a 10 A %	14,59	13,70
Benef. 60 ou +	3.815.987	602.226
Benef. 60 ou + %	9,49	16,12

Fonte: SIB – ANS/MS, 2014.

A análise dos beneficiários, segundo sexo e idade, mostrou que, inerente ao porte, as características quanto a percentagem de beneficiários masculinos e femininos obedecem ao mesmo padrão, bem como a população de beneficiários entre 0 e 10 anos. O dado que mais se destaca na tabela acima é que a população com 60 anos ou mais, é quase o dobro dentro das OPSs de pequeno porte quando comparada às de grande porte.

Esse dado é importante, pois evidencia a necessidade de cuidados e um olhar mais específico para essa população que demanda maiores cuidados e possui mais agravos de saúde. As DCNTs assolam, e muito, essa população e as OPSs devem seguir um protocolo de cuidados em atenção primária à saúde, a fim de evitar morbidade, mortalidade e, principalmente, agravos potencialmente evitáveis (MALTA, 2017a).

As internações por condições sensíveis à atenção primária podem ser usadas para comparar o desempenho de diferentes serviços de saúde, para avaliar os efeitos de políticas de saúde e como parte da avaliação da resolutividade, qualidade e acessibilidade da atenção primária à saúde 35,36,37. Também pode fazer parte de investigações sobre iniquidades de acesso entre as regiões, comunidades e grupos populacionais. (ALFRADIQUE *et al.* 2009, p. 1346).

Tabela 8 - Análise do IDSS nas OPS de pequeno porte

DADOS IDSS - OPS Pequeno Porte	Meta Preconizada	Mediana	Alcançou a meta	%
Taxa de Fratura de Fêmur em idosos	>= mediana	0,195	246	61,3%
Citopatologia Cérvico Vaginal Oncótica	28 a cada 100 mulheres	42,9	315	78,6%
Taxa de internação hospitalar	>= 70% da mediana	8,64 ¹	311	77,6%

Fonte: ANS-MS, 2015 (ano base 2014)

¹- Lembre-se que este valor se refere a 70% da mediana

Tabela 9 - Análise do IDSS nas OPS de grande porte

DADOS IDSS - OPS Grande Porte	Meta Preconizada	Mediana	Alcançou a meta	%
Taxa de Fratura de Fêmur em idosos	>= mediana	0,248	41	48,8%
Citopatologia Cérvico Vaginal Oncótica	28 a cada 100 mulheres	46,9	74	88,0%
Taxa de internação hospitalar	>= 70% da mediana	8,78 ¹	68	80,9%

Fonte: ANS-MS, 2015 (ano base 2014)

¹- Lembre-se que este valor se refere a 70% da mediana

Como se pode observar, exceto pelo índice da porcentagem de beneficiários que internaram por fratura do fêmur de grandes operadoras em 2014, a maior parte das operadoras, tanto de pequeno quanto de grande porte, tem alcançado as metas estabelecidas. Quando se comparam às porcentagens de operadoras que cumpriram as metas, observa-se que a proporção de operadoras de grande porte é maior que das de pequeno porte. É provável que o grupo das primeiras seja mais homogêneo que das últimas, mas não é possível afirmar que o grupo de operadoras de pequeno porte não consiga cumprir os parâmetros estabelecidos (MATOS, 2011).

A fratura do fêmur é um evento sentinela na saúde da pessoa idosa. De um lado, ela aponta para dificuldades do idoso e a existência de limitações e condições de saúde, como a osteoporose, que levam à queda e, por conseguinte, à fratura do fêmur. Do outro lado, é um fator de risco para a perda de autonomia do idoso e a segunda causa de morte na população acima de 60 anos. O percentual de idosos internados no Brasil com diagnóstico de fratura do fêmur é baixo quando comparado a outros países, como Inglaterra e Estados Unidos (ANS, 2014).

A ANS estabeleceu como meta, em 2014, que a internação por fratura do fêmur fosse igual ou menor que a mediana do porte da operadora. A menor internação por fratura do fêmur indicaria o sucesso das operadoras em promover ações preventivas ou de redução dos fatores que minimizam a necessidade de internações hospitalares. No entanto, devemos considerar que a menor internação pode ser também, resultado, não de programas de prevenção bem-sucedidos, mas da dificuldade de acesso dos beneficiários mais idosos à rede assistencial da operadora (ANS, 2014).

Tabela 10 - Resultados SIP 2014 – OPS grande porte

DADOS OPS GRANDE PORTE	VALOR
Nº total de consultas médicas	196.432.605
Nº de consultas médicas por beneficiário	4,90
Nº total de consultas pediátricas	10.527.672
Nº de consultas pediátricas por beneficiário de 0 a 10 anos	1,81
Nº de hemodiálise aguda ¹	79.420
Nº de hemodiálise crônica ²	1.071.358
Nº de hemodiálise total	1.150.778

Fonte: SIP – ANS/MS, 2014.

¹- Porcentagem de hemodiálise aguda 6,90%

²-Porcentagem de hemodiálise crônica 93,10

Tabela 11 - Resultados SIP 2014 – OPS pequeno porte

DADOS OPS PEQUENO PORTE	VALOR
Nº total de consultas médicas	1.962.372
Nº de consultas médicas por beneficiário	1
Nº total de consultas pediátricas	1.202.827
Nº de consultas pediátricas por beneficiário de 0 a 10 anos	3
Nº de hemodiálise aguda ¹	6.926
Nº de hemodiálise crônica ²	89.055
Nº de hemodiálise total	95.981

Fonte: SIP – ANS/MS, 2014.

¹- Porcentagem de hemodiálise aguda 7,78%

²-Porcentagem de hemodiálise crônica 92,78%

Analisando as tabelas acima, podemos avaliar dados que se relacionam com a assistência a grupos de beneficiários específicos (crianças, cujo acompanhamento periódico é essencial para detecção prematura de condições que possam prejudicar seu desenvolvimento, e pacientes crônicos, em geral, mais custosos para as operadoras) ou que discriminem a prestação de certos atendimentos. Para a atenção à criança, foi usado o indicador de consultas pediátricas por beneficiários de 0 a 10 anos. Ressalte-se que, até os 18 anos, pacientes podem ser atendidos por pediatras. Para a atenção a pacientes crônicos foi usada a quantidade de hemodálises em caráter agudo e crônico. Os outros três indicadores (consulta de clínica médica por beneficiário em idade ativa, porcentagem de internações cirúrgicas por beneficiário e porcentagem de internações clínicas por beneficiário) contribuem para a verificação de diferenças na dinâmica de assistência de operadoras de pequeno e grande porte. Para esses indicadores, foi utilizado como

parâmetro a mediana do setor. Todas as variáveis analisadas foram consideradas a fim de ter indicativos do atendimento de diferentes demandas encontradas nos mais diversos cenários dos serviços de saúde.

Conseguir prover serviços de hemodiálise para seus beneficiários é indicativo de que a operadora possui um acesso e cobertura para o tratamento de pacientes crônicos. Como doenças crônicas não transmissíveis são a principal causa de mortalidade e morbidade no Brasil e tendem a impor carga ainda maior no futuro em decorrência do envelhecimento populacional, prover tratamento adequado a pacientes com quadros crônicos é condição necessária para as OPSs (VERAS, 2011).

A taxa de citopatologia cérvico-vaginal oncótica permite estimar a cobertura desse procedimento que, segundo o INCA – Instituto Nacional do Câncer- (2011) é a estratégia mais adotada para rastreamento do câncer do colo do útero. A ampla cobertura desse exame e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados permite reduzir, em média, 60% a 90% a incidência de câncer invasivo de colo de útero na população. O parâmetro estabelecido no trabalho é o do IDSS, com a realização de 28 exames por 100 beneficiárias entre 25 e 59 anos por ano (ANS, 2014).

Isso é um sinal de alerta para programas de prevenção de quedas e DCNT, os dois grupos de agravos que mais causam mortes na população com 60 anos ou mais (CABRERA, 2007).

A proporção de consultas de clínica médica realizadas por beneficiários em idade ativa, além de indicador de acesso, pode também ser indicador da gestão do cuidado da operadora. A ausência de um profissional apto a orientar o itinerário terapêutico do beneficiário pela rede assistencial, torna o seu caminhar anárquico, o que pode levar a erros de diagnose, acessos negados, procedimentos mais onerosos, maior número de glosas, agravos potencialmente evitáveis e não-efetividade. Embora diversos profissionais possam desempenhar o papel de cuidador, essa é uma atividade característica da clínica médica. Assim, se há maior acesso a esse tipo de profissional, é provável que o percurso do beneficiário na rede assistencial seja orientado e que seu cuidado seja mais efetivo (BAUMGARTEL, 2016)

Diante de todo o trabalho corrobora-se a hipótese formulada neste trabalho.

5 CONCLUSÃO

Neste trabalho, empreendeu-se esforço pela CESME a fim de compreender quais as principais características das operadoras de pequeno porte e a assistência prestada por elas relativa são acesso. Os resultados encontrados e transmitidos a diretoria colegiada através de nota técnica permitem concluir que algumas dessas operadoras, ainda que o padrão de localização geográfica não difira consideravelmente das maiores operadoras, desempenham papel relevante em mercados locais.

A proporção de pessoas com planos de saúde no país aumentou nos últimos cinco anos, chegando a 27,9%, ou cerca de 56 milhões de brasileiros em 2013. A proporção de planos é maior após os 30 anos de idade e para os que estão inseridos no mercado de trabalho, seguidos dos aposentados e idosos. Ainda, é maior entre pessoas com maior escolaridade, chegando a ser até quatro vezes maior entre os que têm nível superior completo, sendo ligeiramente mais frequente entre as mulheres. As populações das regiões Sudeste e Norte têm a maior e a menor cobertura de planos de saúde, respectivamente. Na região urbana, os planos são quatro vezes mais frequentes que na rural. (MALTA *et al.*, 2017b, p. 184).

Os dados analisados indicam que os dados do SIP relacionados à realização de hemodiálise existem problemas na prestação de serviços de alto custo. A prestação de serviços ambulatoriais, que permitem o acompanhamento médico dos beneficiários e, em muitos casos, a prevenção de doenças, é adequada, ainda que, proporcionalmente, mais operadoras de pequeno porte não consigam atingir as metas estabelecidas em comparação com as operadoras de grande porte.

A revisão sistematizada nos ajuda a compreender melhor a literatura produzida a respeito do tema da pesquisa. No presente estudo a repetição de muitos trabalhos e o pouco arcabouço teórico sobre acesso aos serviços de terapia de diagnósticos ofertados pelas OPSs nos possibilita enxergar que esse é um ponto crucial que precisa de relevância e fomento.

Em suma, a análise dos indicadores do SIP deu-se em duas vertentes principais: comparação com metas preconizadas no IDSS e comparação entre os portes. Podemos concluir neste trabalho, que a maior parte das operadoras de pequeno porte apresentou resultados dentro das metas e não houve grandes discrepâncias entre os portes. Conclui-se que não há indícios de que o atendimento

ofertado por elas é deficiente e põe em risco seus beneficiários. Como visto, exceto pela realização de hemodiálise, o desempenho das operadoras de pequeno porte foi relativamente próximo ao das de grande porte, excedendo a maior parte das metas estabelecidas.

As OPSs de pequeno porte cumpriram a meta de realização de consultas do IDSS, mas, dois indicadores importantes também relacionados à realização de consultas não apresentaram problemas (consultas pediátricas e consultas de clínica médica), apontando para o fato de ser provável que parcela significativa dos beneficiários das operadoras de pequeno porte esteja sendo acompanhada periodicamente por profissional de saúde, o que tende a reduzir possíveis agravos em condições já existentes e pode, mesmo, contribuir para a prevenção de determinadas doenças. Nesse contexto, ressalte-se que a maior parte das operadoras de pequeno porte cumpre a meta relacionada a exames de citopatologia cérvico-vaginal oncológica, que previne e detecta precocemente câncer de colo uterino, ainda que a proporção tenha sido inferior às das OPSs de grande porte (PORTELA, 2008).

Segundo OMS em 2011, observou-se a redução de 20% nas DCNT na última década. Tal resultado pode ser, em parte, explicado pelo aumento da Atenção Básica, melhoria do cuidado continuado e redução do tabagismo (BRASIL, 2011).

Por fim, é importante considerar a dupla cobertura que possibilita aos beneficiários o uso concomitante da saúde pública e da suplementar. Sabe-se que alguns municípios são completamente cobertos pela estratégia da saúde da família. Beneficiários assistidos por essa estratégia não têm necessidade de usar muitos dos procedimentos ofertados em seus planos, sendo muitas vezes mais cômodo ser assistidos no âmbito da saúde da família. Assim, em especial em municípios com melhor desempenho do SUS, a não contabilização de procedimentos pela assistência suplementar não significa precariedade ou não oferta aos beneficiários.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. *et al.* Reflexões sobre o trabalho médico na saúde suplementar. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Duas faces da mesma moeda**: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005. p. 203-222.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Histórico. **ANS**, 2018a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>. Acesso em: 08 jan. 2019.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Dados e indicadores do setor: dados do Programa de Qualificação de Operadoras. **ANS**, 2018b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-do-programa-de-qualificacao-de-operadoras>; http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/pqo2017_4_fichas_tecnicas_dos_indicadores_anexo_ii_errata_iii.pdf. Acesso em: 08 jan. 2019.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Atlas econômico-financeiro da saúde suplementar**: ano base 2015. Rio de Janeiro: ANS, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Sistema de informações de beneficiários (SIB) e Cadastro de operadoras (Cadop)**, dez. 2014. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/dados_setor/dadossobreoperadoras.asp. Acesso em: 30 dez. 2018

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Utilização do Sistema Público de Saúde por Beneficiários da Saúde Suplementar, **ANS**, dez. 2014. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/beneficiarios_sus_2014.pdf. Acesso em: 05 out. 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Relatório da qualificação das operadoras 2014**: ano base 2013: Programa de qualificação da saúde suplementar. Anexo II – Fichas técnicas dos indicadores do programa de qualificação da saúde suplementar – componente operadoras, avaliação de desempenho referente ao ano de 2014. [S. l.]: ANS, 2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução normativa nº 338, de outubro de 2013. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; revoga as Resoluções Normativas - RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010, RN nº 262, de 1 de agosto de 2011, RN nº 281, de 19 de dezembro de 2011 e a RN nº 325, de 18 de abril de 2013; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 205, p. 51, 22 out. 2013. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_24984445_RESOLUCAO_NORMATIVA_N_338_DE_21_DE_OUTUBRO_DE_2013.aspx. Acesso em: 05 out. 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução normativa nº 259, de 17 de junho de 2011. Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 117, p. 96, 20 jun. 2011. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTc1OA==>. Acesso em: 05 out. 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução normativa nº 209, 22 de dezembro de 2009. Dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela RN nº 274, de 20/10/2011). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2009. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=111264>. Acesso em: 05 out. 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Fundação de Apoio à Fiocruz (FIOTEC). **Estudo qualitativo das estratégias organizacionais das operadoras de planos de saúde ante a regulação**: relatório executivo. Rio de Janeiro: ANS: FIOTEC, 2004.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Regulação & saúde**: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun. 2009.

ANDRADE, M. V. *et al.* **Estrutura de concorrência no setor de operadoras de planos de saúde no Brasil**. Brasília: OPAS; Rio de Janeiro: ANS, 2015. (Série Cooperação em Saúde Suplementar no Brasil).

BAUMGARTEL, C. *et al.* Fatores de risco e proteção de doenças crônicas em adultos: estudo de base populacional em uma cidade de médio porte no sul do Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, 2016.

BORTOLON, P. O perfil das internações do SUS para fratura osteoporótica de fêmur em idosos no Brasil: uma descrição do triênio 2006-2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 4, p. 733-742, 2011.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 05 jan. 2019.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer.** Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de acompanhamento da criança.** São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.331, de 27 de novembro de 2013. Altera valores de remuneração e inclui procedimentos de Terapia Renal Substitutiva na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 233, p. 45, 02 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CABRERA, M. *et al.* Causas de mortalidade em idosos: estudo de seguimento de nove anos. **Geriatrics & Gerontologia**, v. 1, n. 1, p. 14-20, 2007.

CADERNO DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro, set. 2015.

FERREIRA, A. B. H. **Miniaurélio:** o minidicionário da língua portuguesa. 7. ed. Curitiba: 2008. p. 88.

FREITAS, M. *et al.* Estudo dos modelos assistenciais praticados por operadoras de planos privados de saúde. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1561-1577, 2011.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: a recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, abr./jun. 2015.

GARCIA, P. T. *et al.* **Saúde do adulto e a Saúde da Família:** atenção integral à saúde do adulto. São Luís: UNA-SUS: UFMA, 2014.

JORGE, A. *et al.* Caminhos e perspectivas na saúde suplementar. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Duas faces da mesma moeda:** microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005. p. 223-239.

KALACHE, A. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 217-220, 1987.

MALTA, D. *et al.* Modelos assistenciais na saúde suplementar a partir da produção do cuidado. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005. p. 143-160.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl. 1, 2017a.

MALTA, D. C. *et al.* Cobertura de Planos de Saúde na população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 179-190, 2017b.

MATOS, J. B. B. **As transformações da regulação em saúde suplementar no contexto das crises e mudanças do papel do Estado**. 2011. Tese (Doutorado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

MOHER, D. *et al.* Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **PLoS Medicine**, v. 6, n. 7, p. e1000097, 2009.

OCKÉ-REIS, C. O. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012 p. 21-35.

PAIM, J. *et al.* **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 423-462 e 541-553.

PORTELA, M. *et al.* Fatores associados ao uso de diretrizes clínicas em operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços hospitalares no campo da saúde suplementar no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1553-1565, 2008.

RODRIGUES, C. F. S. *et al.* Importância do uso adequado da estatística básica nas pesquisas clínicas. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v. 67, n. 6, p. 619-625, dez. 2017.

SAMICO, I. *et al.* **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 43-55.

SICHE *et al.* Índices versus indicadores: precisões conceituais na discussão da sustentabilidade de países. **Ambiente & Sociedade**, Campinas, v. 10, n. 2, p. 137-148, 2007.

SILVA, A. A. Relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços: um novo relacionamento estratégico. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde. **Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo de diálise SBN 2013.** (Apresentação). Disponível em: http://www.sbn.org.br/pdf/censo_2013-14-05.pdf
Acesso em: 29 set. 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. **Planejando ações em saúde do adulto** São Luís: UNA-SUS: UFMA, 2015.

VERAS, R. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 4, p. 779-786, 2011.

ANEXO

ANEXO A – OFICIO ANS-DIOPE

SEL/ANS - 3688319 - Ofício

Página 1 de 2



Av. Augusto Severo, nº 84, 9º andar - Bairro Glória, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20021-040
 Telefone: 2106-0250/0251 - <http://www.ans.gov.br>

ROBERTO LEHER
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Ofício nº: 2/2017/DIOPE

Rio de Janeiro, 22 de fevereiro de 2018.

Assunto: Autorização de uso de dados.

Magnífico Reitor,

1. No período de 02/03/2015 a 18/03/2016, a estudante Thaís Passos Huguenin foi estagiária na Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras - DIOPE, da ANS. Nessa oportunidade, a estudante colaborou em trabalho de análise de operadoras de planos de saúde em múltiplos aspectos. Para tanto, foi-lhe concedido acesso a dados assistenciais, econômico-financeiros e de beneficiários. Terminado o estágio, a estudante solicitou autorização para utilizar os dados a que teve acesso para realização de seu trabalho de conclusão de curso de graduação na Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ.

2. Considerando que, por meio dos dados a que a estudante teve acesso, não é possível identificar beneficiários ou obter qualquer outra informação considerada confidencial e que o acesso a esses dados lhe seria concedido mesmo que não houvesse realizado estágio na ANS, bastando para tanto solicitá-los por meio dos mecanismos usuais, tais quais o serviço de informação ao cidadão, informo que foi autorizada a utilização dos dados para realização do trabalho de conclusão de curso.

Atenciosamente,

OBS.: Atenção - Antes de assinar verifique se possui autoridade no Regimento Interno da ANS para assinar este tipo de documento.



Documento assinado eletronicamente por **Cesar Brenha Rocha Serra, Diretor(a)-Adjunto (a) da DIOPE**, em 22/02/2018, às 12:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **3688819** e o código CRC **AB7628A2**.